

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

463

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert de MESTIER du BOURG

Né le 3 septembre 1908, à Vizille (Isère).
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

DE

L'HÉMATOME VULVO-VAGINAL
D'ORIGINE OBSTÉTRICALE

(THROMBUS)

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert de MESTIER du BOURG

Né le 3 septembre 1908, à Vizille (Isère).

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

DE

L'HÉMATOME VULVO-VAGINAL

D'ORIGINE OBSTÉTRICALE

(THROMBUS)

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES' Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON.. Hydrologie.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUENU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
HARVIER.		VELTER.	
LIAN.			
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
GUÉNIOT.	
LE LORIER	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Modeste témoignage de ma profonde
affection.*

A MES FRÈRES

A M. ET MME PAUL LILLAZ

*Hommage de ma vive et affectueuse
reconnaissance.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique
Accoucheur de la Clinique Tarnier
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur
Officier de l'Instruction publique

*Avec mes sentiments de très respectueuse
reconnaissance pour l'enseignement et les
conseils précieux qu'il m'a donnés, et le
grand honneur qu'il me fait aujourd'hui en
acceptant la présidence de cette thèse.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LANTUÉJOUL

Accoucheur des hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

*Que je remercie des conseils bienveillants
qu'il m'a prodigués.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VAUDESCAL

Chevalier de la Légion d'honneur

Hommages respectueux.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

M. LE PROFESSEUR WIDAL (<i>in memoriam</i>)	1927-1928.
M. LE PROFESSEUR GOSSET	1928.
M. LE PROFESSEUR LENORMANT	1928.

Externat :

M. LE PROFESSEUR MOCQUOT	1929.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHIRAY	1930.
M. LE PROFESSEUR MARION	1931.
M. LE DOCTEUR MILIAN	1932.
M. LE PROFESSEUR LEREBOULLET	1932-1933.
M. LE PROFESSEUR BRINDEAU	1933.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LIAN	1933-1934.
M. LE DOCTEUR HAMBURGER	1934-1935.

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MM. LES DOCTEURS :

R.-C. MONOD, chirurgien des Hôpitaux,
M. LELONG, médecin des Hôpitaux,
A. WEILL, BIDOIRE, COURTIN, MERGER, chefs de
Clinique.

A M. LE DOCTEUR TARDIF

Officier de la Légion d'honneur

Hommages respectueux et sincère reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR RICHOUX,
de Saumur

Qu'ils trouvent ici, tous deux, mes meilleurs remerciements pour m'avoir autorisé à publier une de leurs observations.

A. M. LEMEUNIER

A qui nous devons les photographies et que nous tenons à remercier ici tout particulièrement.

DE L'HÉMATOME VULVO-VAGINAL D'ORIGINE OBSTÉTRICALE (Thrombus)

Introduction

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer, à la clinique Tarnier, trois cas d'une affection peu fréquente : *L'hématome vulvo-vaginal d'origine obstétricale*.

L'un de ceux-ci, particulièrement intéressant par l'ampleur de ses proportions, méritait, du fait de sa rareté, d'être l'objet d'une communication.

Nous remercions notre maître, M. le professeur Brindeau, de nous en avoir confié la publication, ainsi que celle de quatre autres observations retrouvées dans les archives de son service. Nous avons d'ailleurs été favorisé par les circonstances, ayant eu l'occasion d'en observer trois cas à la clinique Tarnier et un dans la clientèle privée du Dr Richoux (de Saumur).

Nous tenons à le remercier, ainsi que le Dr Tardif (de Longué) qui a bien voulu nous en communiquer un observé par lui, il y a quelques années.

Nous rappellerons dans cette étude les principaux caractères cliniques et évolutifs de cette affection

constituée par un épanchement sanguin dans le tissu cellulaire périvulvaire et périvaginal, pouvant rester collecté, mais souvent s'extravasant dans les tissus voisins : hématome infiltré souvent jusqu'au revêtement cutané pour constituer une ecchymose.

Parmi les complications de l'accouchement, c'est une des plus rarement observées. Legouais, en 1821, la désigna sous le nom de « thrombus » vulvo-vaginal, et cette terminologie lui resta, bien qu'elle fût critiquée dans presque tous les ouvrages s'y rapportant.

Avec la plupart des accoucheurs contemporains, nous éliminerons délibérément ce terme : le mot thrombus s'applique, en effet, au caillot sanguin qui se forme à l'intérieur des vaisseaux. Or, il s'agit ici d'un épanchement de sang, dû à une rupture des vaisseaux capillaires ou de moyen calibre. Cette dénomination impropre mérite donc d'être rejetée.

Nous n'aurons en vue dans cette étude que l'hématome de la vulve ou du vagin, d'origine obstétricale.

NOUS NÉGLIGERONS :

1^o *L'hématome pelvi-abdominal*, dont l'histoire doit être rattachée à celle des ruptures utérines avec épanchement sanguin dans le ligament large et le péritoine ; son évolution est également toute différente et son pronostic beaucoup plus grave.

Du reste, il n'existe pas d'observation certaine démontrant qu'un épanchement sanguin, ayant pris naissance autour de la vulve et du vagin, puisse, sans

rupture utérine, occasionner des décollements aussi considérables que ceux qui ont été décrits.

2^o *L'hématome pédiculé du vagin*, qui nécessite pour sa formation des conditions embryologiques spéciales, avec malformation de la paroi postérieure du vagin ; l'hématome est généralement petit, de la grosseur d'une noix, toujours plus ou moins longuement pédiculé par une sorte de méso qui s'insère sur la colonne postérieure du vagin.

Ajoutons qu'il est très rare, décrit pour la première fois par Fehling, en 1876, et peu décrit depuis. Son intérêt clinique est d'ailleurs restreint.

3^o Nous laisserons également de côté les *hématomes traumatiques*, c'est-à-dire par traumatisme autre que celui survenant au moment du travail et succédant à des accidents variés, tels que : coups de pieds (Romains, Descamps), morsures (Himmelfarb), rapports sexuels exagérés (Duplay, Tait), chute à califourchon sur des objets étroits, pointus ou coupants (Doleris, Tuffier), sur le bord d'un baquet (Hunter), d'une baignoire (Velpeau), etc...

Nous nous cantonnerons dans l'étude de l'hématome obstétrical survenant pendant et après le travail, jusque dans les suites de couches : c'est d'ailleurs le plus intéressant et le plus fréquent.

Historique.

Cette affection, survenant au cours de la gestation et plus spécialement au cours du travail, semble avoir été connue par Hippocrate comme le prouvent certains passages de ses œuvres et en particulier le chapitre intitulé : « Des tumeurs qui surviennent aux parties naturelles de la femme, dans les couches et à la suite des couches : et manière de les traiter » (traduction Gardeil, tome IV, livre I). On trouve également trace de leur traitement dans la traduction de Littre (tome VI, p. 126).

Cette question est à peine mentionnée par Rueff, chirurgien de Zurich, en 1551, dans son *Traité De conceptu et generatione hominis*. Et ce n'est qu'en 1734 qu'apparaît le premier article sur ce sujet, par Kronauer qui en fait l'objet de sa thèse à Bâle.

Pourtant, en France, les accoucheurs du ^{xvii}^e et du ^{xviii}^e siècle : Mauriceau, Portal, Levret, de la Motte, connaissaient cet accident.

En 1812, Boer, de Vienne, en fait mention dans son ouvrage intitulé : *Naturals Medicinæ obstetricæ Libri Septem*, et Audibert soutint à Paris une thèse ayant pour titre : *Dissertation sur l'épanchement sanguin*

qui survient aux grandes lèvres ou dans l'intérieur du vagin pendant le travail ou à la suite de l'accouchement.

Mais c'est Legouais qui, en 1821, dans son *Dictionnaire des sciences médicales*, lui donna le nom de thrombus et le divisa en thrombus vulvaire, vaginal et pelvien, classification qui fut adoptée, par la suite, par tous les accoucheurs et chirurgiens.

En 1825, Mme Lachapelle en cite plusieurs cas dans la *Pratique des accouchements*.

Deneux, en 1830, publia le premier mémoire important sur *Les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin*.

En 1846, Velpeau, dans le *Dictionnaire de Médecine en 30 volumes*, reprend les travaux de Deneux et consacre un article important au thrombus, s'attachant particulièrement à ceux d'origine non puerpérale.

En 1853, nous retrouvons une étude complète de la question, par H. Blot, dans une thèse d'agrégation sur les *Tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement*.

En 1860, Laborie présenta à l'Académie un mémoire, inspiré par Paul Dubois, ayant pour titre *Histoire des thrombus de la vulve et du vagin, spécialement après l'accouchement ; considérations anatomiques sur le siège des thrombus et leur traitement*. Ce qui le distingue, c'est la grande place accordée au côté anatomique de la question : après avoir étudié minutieusement les aponévroses des loges fibreuses pelvi-génitales, il décrit jusqu'à 8 variétés anatomiques d'hématome.

Citons encore la thèse de Perret, en 1864, qui s'at-

tache surtout aux tumeurs intra-pelviennes et à élucider leur mécanisme ; l'article d'Hervieux, en 1870, dans son *Traité pratique et clinique des maladies puerpérales*.

Girard, en 1874, dans sa thèse, puis Cazin, en 1879, discutent sur l'influence des varices et concluent à l'absence de leur rôle dans la production de ces hématomes.

En 1885, l'article de Doléris dans le *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique* et le mémoire de Mme Sasonoff.

Les thèses de Cadilhac en 1894 et de Devoir en 1897, de Schachmann en 1898, de Stepanoff en 1902, de Max en 1910, de Champeau en 1914.

En 1914, M. le professeur Brindeau fait une nouvelle mise au point de la question dans la *Pratique de l'art des accouchements*, et en discute les indications thérapeutiques.

Enfin, signalons encore les thèses de Galanakis à Paris et Thibaudier à Lyon, en 1921 ; de Pimpaneau en 1933, qui s'attache surtout à l'étiologie et à l'anatomie pathologique de la question.

Depuis la guerre, d'ailleurs, les communications sur ces hématomes se sont multipliées aux Sociétés de gynécologie et d'obstétrique, et l'on peut dire qu'actuellement c'est une question bien connue, des accoucheurs surtout qui en ont grandement amélioré le pronostic.

Fréquence.

L'hématome vulvo-vaginal constitue, nous l'avons dit, parmi les complications de l'accouchement, une éventualité fort rare. Les statistiques ne sont pas toutes d'accord et s'égarent quelquefois vers des chiffres bien discordants.

C'est ainsi que certains, comme Rielander, l'ont observé 23 fois sur 6.000 accouchements, soit 1 fois sur 260 accouchements ; d'autres, au contraire, comme Fabre et Rhenter, 2 fois sur 19.000, soit 1 cas sur 9.500; Deneux, 1 fois sur 16.000 accouchements ; d'autres même, comme Blot, n'en auraient jamais constaté sur 7.000 accouchements.

Mais, comme nous le voyons, ces pourcentages différents portent également sur un nombre de cas très différents. Aussi leur valeur n'est-elle pas absolue et la vérité semble être entre ces limites.

La plupart des auteurs citent des chiffres moins disproportionnés, qui confirment toutefois la rareté de cette affection.

Dubois	3	cas sur 14.000 acc., soit 1 sur 4.600
Maternité de Vienne. 18	—	33.241 — 1 — 1.800
Maternité de Saint-		
Pétersbourg	8	— 19.396 — 1 — 2.400
Sasonoff.....	1	— 2.375 — 1 — 2.375
Spath.....	4	— 6.000 — 1 — 1.500
Planchu.....	4	— 8.000 — 1 — 2.000
Hugenberger.....	19	— 33.400 — 1 — 1.750
Johnston et St-Clair. 7	—	13.748 — 1 — 1.900
Commandeur.....	4	— 20.000 — 1 — 5.000
Hecker.....	2	— 17.220 — 1 — 8.600
Pinard.....	18	— 54.000 — 1 — 3.000
Winckel.....	1	— 1.600 — 1 — 1.600
Tarnier.....	1	— 1.200 — 1 — 1.200
Thibaudier.....	4	— 8.000 — 1 — 2.000
Spiegelberg.....	3	— 3.000 — 1 — 1.000
Charpentier.....	1	— 1.800 — 1 — 1.800
Bossi.....	2	— 5.600 — 1 — 2.800
Couvelaire (<i>in th.</i>		
Pimpaneau).....	13	— 32.200 — 1 — 2.480

Nous voyons que la plupart des chiffres se groupent autour de 2.600. Pimpaneau, dans sa thèse, additionnant différentes statistiques, portant au total sur 250.000 accouchements avec 103 cas, arrive au chiffre moyen et vraisemblable de 1 cas d'hématome sur 2.400 accouchements. Cette statistique élargie par nous à 146 cas sur 375.000 donne celui de 1 sur 2.500.

C'est une proportion un peu moindre que celle relevée dans le service de notre maître, le professeur Brindeau, avec nos 5 cas sur 15.000 accouchements, soit la proportion de 1 pour 3.000.

Signalons en passant la prépondérance des héma-

tomes obstétricaux ou des suites de couches sur ceux survenant pendant la grossesse, qui représentent seulement 4 % de la totalité des hématomes (Mme Sasoff).

Mais il faut ajouter que ces sortes de statistiques sont assez fragiles pour diverses raisons, entre autres :

— Parce qu'elles ne portent que sur la clientèle hospitalière, qui reçoit les cas sérieux de la clientèle de ville, le cas inverse ne se produisant pas.

— Parce que les statistiques portant sur un petit nombre de cas tablent un peu trop sur des coïncidences, en établissant des statistiques passagères ; au contraire, celles qui portent sur un trop grand nombre, ont tendance à ne s'inspirer que des cas un peu sévères, en négligeant les cas bénins, les plus fréquents, et pour lesquels aucune recherche systématique n'est possible.

— Parce que, du fait de leur bénignité habituelle, nombre d'hématomes passent en effet inaperçus, comme le prouve d'ailleurs la fréquence des découvertes fortuites.

Peut-être leur fréquence réelle est-elle donc un peu plus élevée que ne l'indiquent les statistiques ; d'ailleurs, comme le disait Deneux, « étant donnée la « multitude des vaisseaux sanguins qui entourent le « vagin et se rendent à la vulve, leur situation au « milieu d'un tissu cellulaire lâche et extensible, les « changements qu'ils éprouvent par la grossesse, la « distension, la compression qu'ils subissent par le

« séjour de l'enfant dans l'excavation pelvienne, par
« son passage à travers la vulve : toutes ces causes
« expliquent la possibilité de l'accident et, si quelque
« chose doit étonner, c'est sa rareté ».

Anatomie pathologique.

Primitivement l'épanchement sanguin siège, nous l'avons dit, dans le tissu cellulaire qui entoure la vulve et le vagin. Il peut y rester localisé; mais, parti d'un point quelconque de la paroi vaginale, le sang peut s'épancher dans différentes directions, dépassant facilement les frontières fictives représentant les limites des organes.

— Tantôt, c'est le cas le plus fréquent, il descend vers la région vulvo-périnéale, produisant dans ces parages une vaste ecchymose.

— Tantôt, il remonte vers les culs-de-sac vaginaux, rencontre les parties latérales de l'utérus, la base du ligament large qu'il peut dépasser pour fuser plus haut, vers la région péritonéale.

A la vulve : l'hématome occupe le tissu cellulaire des grandes lèvres, formant une saillie de volume variable, généralement moyen, mais pouvant obstruer, parfois, l'orifice vulvaire.

— Sa paroi externe s'appuie sur les tissus musculaires.

— Sa paroi interne, mince, est en grande partie constituée par la muqueuse distendue : parfois une petite plaie signale le traumatisme.

Un prolongement vaginal existe le plus souvent.

L'hématome des petites lèvres ne peut être rencontré, étant donnée l'absence presque complète de tissu cellulaire à son niveau : dans les épanchements dépassant les limites des grandes lèvres, la petite lèvre peut être œdématiée ou même être le siège d'une petite ecchymose sans que l'on puisse parler véritablement d'hématome.

L'hématome vaginal siège dans le tissu cellulaire péri-vaginal des parties latérales et postérieures, jamais au niveau de la face antérieure dont le raphé médian, constitué par des tissus fibreux, s'oppose à l'apparition de l'épanchement. Celui-ci peut paraître antérieur lorsque, produit dans ces parages, il repousse le raphé du côté opposé et occupe ainsi la partie médiane antérieure du vagin. C'est d'ailleurs un cas très rare.

L'hématome est avant tout latéral, surtout à droite pour les uns (Champeau), indifféremment à droite ou à gauche pour la plupart ; nous l'avons presque toujours rencontré à gauche.

Le sang ainsi collecté peut *se propager* vers les espaces cellulaires voisins, envahissant la fesse par la grande échancrure sciatique, le périnée, la cuisse et même le tissu cellulaire péri-rectal. Laborie et Her-vieux avaient voulu distinguer autant de variétés

d'hématomes qu'il existe de loges périnéales, ce qui paraît un peu théorique.

Il peut également se propager vers le haut, pour devenir vagino-pelvien, mais les grands épanchements envahissant le bassin paraissent plutôt relever de rupture utérine.

La forme est essentiellement variable selon la cause, le siège de l'épanchement, la quantité du sang épanché. Elle peut être arrondie, cylindrique, ovalaire, étalée et infiltrée, etc.

Le volume est en général celui d'un œuf, d'une orange, mais rien n'est plus variable que cet élément d'observation : il peut être beaucoup moindre et risque de passer inaperçu, ou au contraire de proportions considérables : tête de fœtus, tête d'enfant comprimant vessie et rectum, comme nous l'avons constaté dans une de nos observations (obs. IV).

L'origine du sang a été longtemps discutée :

— Les anciens auteurs, avec Deneux, Blot, l'attribuaient à la rupture de varices vulvo-vaginales, responsable, pour eux, de la formation de cet hématome.

— Plus tard, on admit que l'hémorragie proviendrait, non pas des gros vaisseaux, mais des capillaires déchirés, comme semble le démontrer l'expérience de Perret, bien que celle-ci ne soit pas entourée de toutes les garanties désirables.

— Pourtant, il est probable, certain même, que lors des grands épanchements de constitution rapide, il se

produit une rupture d'un vaisseau de calibre relativement important, veineux ou plutôt artériel ; la tension rapide de la tumeur, pouvant aboutir à la rupture, l'abondance de l'hémorragie consécutive et sa reproduction en jet (Balard et obs. II) ne peuvent s'expliquer par la seule rupture des vaisseaux capillaires.

Le contenu de cet hématome, tout au début de sa formation, est constitué par du sang liquide ; celui-ci se coagule en quelques jours, mettant en liberté le sérum, qui est relativement vite résorbé. Parfois, il prend un aspect sirupeux, lie de vin, ressemblant à une collection d'hématocèle (obs. V).

Par la suite, les caillots s'organisent, s'agglutinant entre eux pour former une masse inégale, mais unie, adhérant quelquefois assez fortement aux parois de la poche et pouvant obliger à de véritables dissections lorsque l'intervention devient nécessaire.

La résorption du caillot est lente : il se transforme peu à peu en une masse très dure, de volume décroissant. Pendant longtemps, il restera comme vestige une induration ligneuse, parfois adhérente au bassin et simulant une exostose qui peut prêter à erreur.

La rupture spontanée de la poche est une éventualité très fréquente, qui s'accompagne souvent d'une assez forte hémorragie : cette rupture est même la règle, si l'on n'intervient pas, lorsque cette tumeur est volumineuse et distendue.

Dans d'autres cas enfin, *la poche s'infecte*, et l'on assiste à la putréfaction du caillot et au sphacèle des

parois, d'abord dans leur partie la plus mince et la plus distendue. Cela peut entraîner des dénudations de tissu d'où peuvent résulter ultérieurement des cicatrices vicieuses, des communications anormales ou des fistules.

Etiologie et pathogénie.

La cause véritable de l'hématome vulvo-vaginal est une déchirure vasculaire se produisant dans le tissu cellulaire de la vulve et du vagin :

— La déchirure vasculaire nécessite un traumatisme, une fragilité particulière des vaisseaux artériels, veineux ou capillaires.

— La collection de l'épanchement exige, pour se produire, que le sang extravasé trouve devant lui un tissu cellulaire suffisamment lâche pour se laisser distendre, ou un décollement déjà amorcé par un traumatisme, formant cavité virtuelle, qu'une pression sanguine même minime suffira à transformer en hématome (Perret).

Causes prédisposantes.

Il est assez difficile de déterminer quelle valeur il faut attribuer à certains faits, remarqués dans des observations, et que l'on a voulu considérer comme des agents prédisposants, tels que :

— L'étroitesse vulvo-vaginale (Perret).

— Certaines viciations pelviennes.

— L'existence de tumeurs abdominales.

— Certaines affections hémorragiques : l'alcoolisme, les cardiopathies, l'albuminurie surtout qui était regardée par Demelin comme un facteur très important.

— Les infections.

— L'hémogénie : dans ce cas, une cause minime suffit à provoquer l'épanchement ; c'est une étiologie assez rare.

— Certains actes thérapeutiques, telle une injection intra-veineuse de collargol, ont été accusés d'avoir provoqué l'hématome (Potocki-Bonnaire-Pinard).

— L'hydramnios (obs. II), l'accouchement par le siège (obs. I et III), la gemelleité (obs. IV), l'excès de volume du fœtus (Fabre et Rhenter) ont également été invoqués : chacune de ces causes peut agir isolément, mais elle s'associe bien souvent à quelque autre facteur favorisant l'apparition de l'hématome.

— L'âge du sujet ne semble pas avoir d'influence : on a pu l'observer chez des femmes âgées (44 ans, Pinard ; — 42 ans, dans une de nos observations). Pourtant il semble l'apanage des femmes jeunes, et ce fait est certainement en rapport avec la fréquence de la primiparité : celle-ci prédispose sans aucun doute à cet accident, ce qui est logique d'ailleurs, étant donné la résistance plus grande des parties molles au cours d'une première grossesse et, de ce fait, le traumatisme plus important provoqué par la période expulsive.

La plupart des auteurs le signalent (Braün, Her-

vieux, Spiegelberg, etc...) : nos 7 observations portent également sur une majorité de primipares (5 cas).

Tarnier, pourtant, considérait leur fréquence comme équivalente : encore faut-il faire remarquer que les accouchements de multipares sont plus fréquents que ceux de primipares, comme le prouve la statistique de Mlle Hanicot, sage-femme en chef de clinique Tarnier, qui trouva sur 6.260 accouchements de 1893 à 1897, 39 % de primipares et 61 % de multipares.

Chez celles-ci, l'hématome peut survenir après un nombre de grossesses variable. Pinard l'a signalé chez une XV^e-pare.

Pendant longtemps la majorité des auteurs accordaient aux *varices vulvaires et vaginales* un rôle étiologique prédominant. L'état de congestion des vaisseaux pelviens provoqué par la grossesse, leur distension à l'occasion des poussées douloureuses et par compression de la tête, faisaient rattacher la production de ces hématomes à la rupture d'une dilatation veineuse. C'était l'avis de Deneux, de Velpeau, de Cazeaux ; Blot déjà, en 1853, tout en l'admettant mettait en doute la valeur de cet argument pathogénique.

Perret, Pajot, Winckel, Budin et la plupart des accoucheurs modernes considèrent cette cause comme exceptionnelle. D'ailleurs il existe une inégalité flagrante entre la fréquence des varices et la rareté de l'hématome. Dans aucun des cas sur lesquels nous appuyons l'étude de notre sujet, nous ne les voyons jouer de rôle.

Il est certain que l'hyperémie considérable de l'appareil génital et la stase des veines pelvi-génitales prédisposent d'autant plus aux hémorragies que la circulation de retour est gênée par l'utérus énormément distendu et par la tête fœtale : qu'une anomalie comme l'hydramnios, la présence d'un gros fœtus ou de jumeaux, vienne surdistendre cet utérus, la gêne de la circulation de retour sera encore augmentée. De plus, la laxité du tissu cellulaire chez la femme enceinte permet des décollements étendus : tous ces éléments constituent des facteurs prédisposants indiscutables, mais insuffisants à expliquer la formation de l'épanchement, en particulier lorsqu'il apparaît dans les suites de couches.

Causes déterminantes.

La cause déterminante principale paraît être le passage de la tête fœtale dans la filière pelvi-génitale, surtout lorsque cette tête est trop grosse ou ossifiée, exagérant les douleurs maternelles et retardant le travail. Perret, puis Bar, ont insisté avec raison sur les larges décollements qui se font dans le tissu cellulaire quand la partie fœtale entraîne soit le vagin, soit le segment inférieur ; c'est ainsi que se constitue une cavité plus ou moins spacieuse prête à recevoir l'épanchement sanguin.

La rupture vasculaire peut être déclenchée par :

Les traumatismes de toute nature : version, forceps

(obs. IV), en particulier lorsqu'il s'agit d'une grande rotation sur une position postérieure.

Le siège (obs. I et III) dont le dégagement de la tête dernière constitue souvent un temps difficile.

La symphyséotomie même, lorsqu'on emploie le procédé sous-cutané.

Mais insistons sur :

Les modifications de la durée du travail, soit travail très court (obs. I, III, V, VII), suivi d'une période expulsive très rapide (obs. II, VII) ou au contraire ralentie (obs. III, V).

Soit encore l'exagération des contractures avec lenteur du travail (obs. IV) qui fatiguent les tissus et favorisent leur décollement.

Toutes ces causes pourraient expliquer suffisamment le mécanisme d'apparition de cet épanchement. Mais étant donnée la fréquence des accidents dystociques, le travail souvent considérable imposé aux parties molles, sans formation d'hématome, son apparition enfin à la suite d'accouchements physiologiquement normaux, il est difficile de conclure sur la valeur étiologique de tous ces facteurs : cet accident gardera toujours son caractère inattendu et il n'est pas de cas où il ait été prévu.

Son apparition dans les suites de couches est encore plus déconcertante, parfois à la suite d'une quinte de toux, d'une secousse de rire, voire même pendant des convulsions épileptiques, surtout lorsque l'hypertension les accompagne ; mais la plupart du

temps, sa survenue est spontanée, à la suite d'un accouchement qui s'est passé sans incidents et même souvent longtemps après (21 jours après l'accouchement : Bar ; — 17 jours, obs. I).

Pathogénie.

Trois théories pathogéniques peuvent être invoquées :

1^o L'une est uniquement liée à une rupture vasculaire, soit artérielle, soit veineuse, soit capillaire, en rapport avec la stase et la congestion pelviennes ; elle suppose un amincissement et une friabilité particulière de ces vaisseaux.

2^o Une seconde théorie invoque l'attrition des tissus et des vaisseaux, résultant de la compression exercée par les parties fœtales pendant les contractions utérines ; dans ce cas interviendraient certains facteurs tels : l'excès de volume de l'enfant, la gemellité, le siège qui distend au maximum les parois du vagin, ou toute opération obstétricale (forceps, version, etc.).

3^o S'appuyant sur des expériences cadavériques, Perret affirme que cette affection est due au glissement et au décollement des tissus ; cette théorie a été appuyée par Bar et n'exclut pas les deux précédentes.

La présentation entraîne avec elle la paroi vaginale qui se décolle des plans profonds : il se forme ainsi une cavité virtuelle, prête à recevoir l'épanche-

ment sanguin si le décollement s'accompagne de rupture vasculaire.

Mais dans le cas où aucun vaisseau n'est lésé, ou si leur lumière est obstruée par un caillot, l'épanchement peut ne pas se produire aussitôt : cela expliquerait son apparition plus ou moins tardive, en particulier dans les suites de couches lorsque, à une occasion quelconque, les caillots se déplacent et qu'ainsi l'hématome se produit.

Ce phénomène serait comparable à la production du céphalhématome où le périoste se décolle vraisemblablement pendant l'accouchement, tandis que la tumeur ne se forme que quelques jours après.

Ajoutons qu'il est vraisemblable que l'hématome tardif des suites de couches se produit au moment de l'accouchement, mais qu'une transformation kystique a empêché sa résorption, comme dans les observations I et V.

Moment d'apparition.

Enfin, disons quelques mots du moment de son apparition. ¶ Nous avons vu que l'hématome pouvait survenir :

- Pendant le travail,
- Entre l'accouchement et la délivrance,
- Après la délivrance,

l'ordre chronologique étant également en ordre croissant de fréquence.

1^o PENDANT LE TRAVAIL :

Cet accident est rare ; Mme Lachapelle le signale pourtant dans son traité.

Cet épanchement peut constituer par son volume une véritable dystocie :

— Tantôt il s'aplatit suffisamment pour permettre le passage des parties fœtales (Estienny).

— Tantôt, sous la pression de la présentation, il se tend et se rompt, pouvant occasionner de graves hémorragies nécessitant un accouchement hâtif par forceps ou version après évacuation de la poche (cas de Rhenter).

2^o ENTRE L'ACCOUCHEMENT ET LA DÉLIVRANCE :

Il peut également par son volume causer une véritable dystocie de la délivrance (Champeau).

3^o ENFIN APRÈS LA DÉLIVRANCE :

C'est le cas le plus fréquent survenant en général après un accouchement normal, soit aussitôt après, soit plus souvent 2 à 3 heures après la délivrance, mais quelquefois très tard dans les suites des couches (17 jours, obs. I)

On a voulu expliquer cette fréquence plus grande après la délivrance par le fait que la tête exercerait une compression favorable sur les vaisseaux lésés, et ce n'est qu'après le dégagement que ceux-ci, dilacérés, permettraient au sang de s'épancher à travers les tissus (Perret).

Cette explication paraît un peu théorique, et en tous cas ne saurait s'appliquer dans le cas d'apparition tardive des suites de couches.

Etude clinique.

Début.

Nous ne reviendrons ni sur le caractère d'apparition imprévu et imprévisible de cet accident, ni sur les différents moments du travail ou de la délivrance au cours desquels on peut le voir survenir.

C'est habituellement *la douleur* qui donne le signal d'alarme : subitement, la femme ressent une sensation de brûlure, de cuisson, à la vulve ou dans le vagin, pouvant s'accompagner de violentes envies de pousser ; insistons sur sa brusquerie et sur son caractère permanent.

A la vulve, c'est l'apparition insolite d'une petite tumeur qui peut attirer l'attention par sa présence, ou par la gêne qu'elle occasionne.

Mais souvent la symptomatologie est plus fruste, voire inexistante ; aucune gêne, aucune douleur, et si cette tuméfaction n'est pas assez apparente pour être remarquée, son existence risque de passer totalement inaperçue en l'absence d'un examen des voies génitales pour une complication ou une tout autre cause.

État.

LES SYMPTÔMES FONCTIONNELS.

Sont marqués par deux signes : la douleur, l'hémorragie.

La douleur constitue, nous venons de le dire, le symptôme dominant :

Sensation de brûlure, de cuisson, de tension, de piqure d'épingles, irradiant aux organes génitaux, vers les lombes, les cuisses, le périnée.

Parfois, simple sensation de gêne, de pesanteur, de corps étranger intra-vaginal, qui incite la malade à des efforts expulsifs pouvant passer inaperçus au milieu des douleurs de l'accouchement.

Habituellement cette douleur s'estompe en 24 à 48 heures.

Enfin, nous avons vu qu'elle pouvait manquer, même s'il s'agit d'hématomes importants (Dubois, Pajot, Brindeau). Cette éventualité paraît même relativement fréquente si l'on en juge par nos observations : dans quatre elle manquait, insignifiante dans la cinquième, deux seulement s'accompagnaient de douleurs véritables.

Il existe souvent aussi du ténésme vésical et rectal, généralement en rapport avec le volume de l'épanchement.

L'hémorragie dépend de l'origine et des lésions su-

perficielles possibles : elle s'observe avant tout à la suite d'hématomes traumatiques et constitue plus une complication qu'un symptôme, au cours des hématomes obstétricaux : nous en reparlerons plus loin.

L'ÉTAT GÉNÉRAL.

Il n'est pas altéré : *le pouls* peut être un peu accéléré sous l'effet de la douleur, sans qu'il y ait hémorragie grave. Ce n'est qu'en cas d'hématomes volumineux que l'abondance de l'épanchement peut s'accompagner des signes d'une hémorragie interne.

La fièvre manque au début : plus tard, elle peut osciller entre 37°5 et 38°5, du fait de la résorption sanguine, sans que l'on puisse parler pour cela d'infection.

Les urines sont généralement normales : pourtant, pendant la résorption de l'hématome, elles peuvent devenir rares, foncées, contenant des sous-pigments biliaires. Enfin, nous avons dit qu'elles pouvaient contenir de l'albumine, et que cet élément était considéré par beaucoup d'auteurs comme ayant un rôle étiologique important.

A L'EXAMEN

L'hématome péri-vulvaire se présente sous la forme d'une masse unilatérale, constituée par une des grandes lèvres augmentée de volume et semblant oblitérer l'orifice vulvaire qui est dévié du côté opposé.

Son volume est celui d'un gros œuf, à grand axe

antéro-postérieur parallèle à l'entrée de la vulve. Parfois énorme, tuméfié, du volume d'une orange.

La peau à son niveau est tendue, luisante, présentant des ecchymoses et des érosions. La muqueuse est violacée, noirâtre ; la petite lèvre souvent œdématiée.

Au début, cette tumeur est fluctuante et, si l'on peut assister à son développement, on la voit augmenter de volume pour atteindre son maximum en quelques minutes ou quelques heures, puis rester ensuite stationnaire. En même temps, la femme se plaint de douleurs vives, croissantes, spontanément et à la pression : cette variété est du reste une des plus douloureuses.

On aura soin de rechercher *ses limites*, nettes en dedans, imprécises en dehors et en haut parce que poussant souvent des prolongements vers le tissu cellulaire du périnée ou du vagin.

Une ecchymose apparaît dans les heures qui suivent, d'étendue variable. On l'a vue gagner la racine des cuisses, la fesse et même les parois de l'abdomen.

Plus tard, si la poche n'est pas rompue, sa consistance devient plus ferme, le sang s'est coagulé, le sérum se résorbe, son volume diminue et pendant longtemps sa trace peut persister sous forme d'un petit noyau fibreux, très dur, parfois noyé dans des adhérences.

L'hématome péri-vaginal est plus souvent une découverte d'examen. C'est au cours d'une délivrance artificielle, d'une toilette vaginale que l'on peut être amené à le reconnaître.

D'autres fois l'apparition d'une ecchymose, l'existence de douleurs vaginales, de ténésme vésical ou rectal, font pratiquer un toucher qui va montrer l'existence, sur l'une des parois du vagin, d'un obstacle lisse, allongé selon l'axe des voies génitales, bombant dans le vagin, élastique, assez souvent fluctuant, donnant l'impression d'une poche d'eau très tendue, irréductible et sans battements.

Cet examen n'étant pas très douloureux permet d'en apprécier aisément les limites, sauf parfois la limite supérieure, lorsque cette tumeur est un peu volumineuse. L'hématome infiltré qui pousse des prolongements vers les tissus cellulaires voisins est de délimitation souvent très difficile.

Par ailleurs, les caractères sont les mêmes que ceux de l'hématome vulvaire, pourtant la tumeur est susceptible de présenter un volume plus considérable, obturant l'orifice vaginal, pouvant même bloquer les conduits uréthraux et rectaux comme dans l'observation citée plus loin ; c'est surtout dans ces cas que l'on observe du ténésme, des envies impérieuses de pousser, qui peuvent aboutir à une sorte d'accouchement de la tumeur qui fait saillie hors du vagin.

Le toucher rectal permettra dans certains cas de mieux apprécier les connexions de l'épanchement, en utilisant au besoin le toucher combiné.

Evolution.

Abandonné à lui-même, l'hématome présente habituellement une terminaison favorable, surtout dans les petits épanchements non collectés ne présentant aucun orifice avec l'extérieur.

Son volume diminue, le caillot s'organise, s'indure, laissant comme vestige un petit noyau fibreux encore perceptible au bout de quelques mois.

D'autres fois persiste pendant longtemps un petit kyste hématique ou à contenu séreux.

Complications.

Mais cet accident peut être responsable de :

1^o *Complications mécaniques*, liées à son volume :

- Rétention des lochies favorisant l'infection utérine.
- Accidents dystociques, lorsqu'il apparaît au moment de l'expulsion ou entre celle-ci et la délivrance (Varnier).
- Accidents de compression des organes pelviens : rétention d'urine ou même rectale (Obs. IV).

2^o *Rupture de la poche*, si l'épanchement est considérable et provoque une forte distension des téguments ; elle peut être aussi le fait d'un traumatisme (forceps, version, expulsion, injection vaginale, etc.) ou due au sphacèle de la paroi dans les suites de couches, surtout vers le 5^e ou le 6^e jour.

L'hémorragie peut être minime, c'est rare. Elle est :

a) Soit peu importante, mais continue : après évacuation de l'hématome, la contre-pression que celui-ci exerçait sur le vaisseau lésé étant supprimée il peut se remettre à saigner, nécessitant une thérapeutique rapide.

b) Soit explosive, occasionnant assez rapidement les symptômes d'une hémorragie interne grave : facies pâle, couvert de sueurs froides, tendance lipothymique, malaise, fréquence et petitesse du pouls, nausées et même vomissements, etc. On les observe surtout dans les hématomes pelvi-abdominaux.

Il se produit d'abord une expulsion abondante de sérosité roussâtre, sérum non résorbé mêlé de sang, suivie d'une évacuation de caillots noirâtres. C'est à ce moment que l'hémorragie peut reprendre et présenter une allure grave au point d'entraîner la mort si l'on n'y remédie rapidement par un tamponnement serré.

Enfin chez certaines femmes prédisposées aux hémorragies, celles-ci peuvent être multiples et fatales (Bonnaire).

3° *Evolution vers la suppuration.* — C'est là encore une évolution redoutable :

— Soit d'origine externe, lorsqu'une plaie fait communiquer l'hématome avec l'extérieur, permettant aux agents microbiens de l'envahir,

- Soit par sphacèle des parois,
- Soit par pullulation anaérobie.

La tumeur devient chaude et douloureuse, s'empâte, de l'œdème apparaît. La température s'élève, devient oscillante, accompagnée d'un état saburral des voies digestives.

Rien ne sert d'attendre l'ouverture spontanée qui pourrait entraîner une hémorragie sérieuse, souvent incoercible. L'expectative risque de voir le pus fuser aux alentours : on peut craindre les phlegmons de l'espace cellulaire du bassin, la gangrène, l'infection utérine, qui conditionnent chez ces accouchées un pronostic des plus sérieux, sans compter l'éventualité d'accidents septicémiques.

Insistons également sur la *putréfaction possible* et relativement fréquente des caillots, parmi lesquels se développent surtout des germes anaérobies ; ils donnent irruption à une sérosité très fétide et à des gaz nauséabonds au cours de l'incision qui doit être, dans ce cas, le plus précoce possible et complétée par une sérothérapie antigangréneuse locale et au besoin générale.

Signalons encore un accident rare, mais grave : l'embolie pulmonaire (Loviot).

Pronostic

L'hématome de la vulve et du vagin est, dans l'ensemble, un accident bénin, étant donnée la relative rareté de ses complications ; et même alors, celles-ci n'aboutissent pas aux résultats si défavorables publiés dans les statistiques anciennes.

Deneux accusait 35 % de mortalité : plus tard, Blot, seulement 26 % ; pour Schwaab et Maygrier, elle n'est plus que de 12 %. Cette proportion paraît encore exagérée, si l'on en juge par les différents articles et communications récents publiés sur ce sujet. Champeau, collectionnant 19 observations du professeur Pinard, ne signale aucun décès ; Pimpagneau, dans le service du professeur Couvelaire, un seul sur 13 cas. Pour notre part, nos 7 observations n'en comportent pas ; d'autre part, en collectionnant les communications parues pendant ces 15 dernières années aux Sociétés d'obstétrique et de gynécologie, sur 21 publications, un seul décès, soit une proportion de 5 % : et encore avons-nous négligé les hématomes non obstétricaux et les hématomes pédiculés, qui ont tous guéri ; par contre un seul hématome pelvi-abdominal, sur 4 publiés, a eu une évolution favorable ; mais nous avons dit que cet accident devait être étudié avec les ruptures utérines.

Si autrefois l'hématome vulvo-vaginal présentait une certaine gravité, c'est avant tout en raison des procédés et moyens d'asepsie et d'antisepsie qui laissaient alors fortement à désirer. L'infection n'était pas longue à s'établir et nous connaissons ses conséquences chez une femme qui vient d'accoucher.

Actuellement cette infection est un danger que l'on devrait voir disparaître et qu'écartent effectivement, dans une mesure importante, les procédés d'hygiène ; d'ailleurs, nous venons de le voir, le pronostic s'est amélioré en même temps qu'eux.

L'hémorragie reste la menace la plus sévère, soit immédiatement, soit au moment du retrait des mèches et du tamponnement : cette hémorragie secondaire est souvent incoercible et susceptible d'occasionner une anémie profonde par son abondance ou surtout sa persistance. C'est pourquoi, dans les hématomes suivis d'hémorragie abondante, il y a intérêt à attendre 36 ou 48 heures pour retirer les pansements et laisser ainsi aux vaisseaux lésés le temps de se cicatriser suffisamment ; on évitera ainsi, dans bien des cas, cette reprise de l'hémorragie qui pourrait avoir des conséquences funestes chez une femme déjà plus ou moins fatiguée et anémiée.

Malgré tout, les hématomes volumineux restent d'avenir sérieux, surtout si la femme présente un peu d'albumine ; et leur apparition au cours de la période d'expulsion, heureusement rare, constitue peut-être le danger le plus grave, et pour la mère, et pour l'enfant.

Diagnostic

Le diagnostic de l'hématome péri-vulvaire et péri-vaginal ne souffre pas de difficultés, étant donné le moment de son apparition et ses caractères cliniques : développement rapide, tension douloureuse, irréductibilité, ecchymose.

Ce sont d'ailleurs les seules tumeurs qui apparaissent au cours ou à la suite du travail et prennent un développement aussi important.

L'hématome de la vulve.

Ne sera pas confondu avec :

— *Une bartholinite aiguë*, qui est une tuméfaction douloureuse avec chaleur locale, mais siégeant à la partie inférieure de la grande lèvre, sans ecchymose. Elle a un caractère plus nettement inflammatoire et du reste contient du pus jaune verdâtre, sanguinolent.

Il y a de la température et des antécédents.

— *Une bartholinite chronique*, moins douloureuse ; la fièvre peut manquer, mais la pression fait sourdre du muco-pus.

On sera aidé par l'anamnèse.

— *Un œdème de la grande lèvre.*

Ni douleur, ni tension, ni ecchymose.

— *Un paquet variqueux, qui s'efface à la pression.*

— *Une hernie labiale étranglée, beaucoup plus douloureuse, aussi bien spontanément qu'à la pression ; on recherchera l'existence d'une hernie ancienne, de l'empâtement ; on notera l'absence d'ecchymose et la différence de consistance.*

Sa méconnaissance serait grave, car elle ne souffre pas la temporisation.

L'hématome du vagin.

Est un diagnostic de toucher ; on éliminera :

— *Un kyste vaginal, petit, à parois plus nettement limitées.*

— *Le cystocèle, le rectocèle, dont le siège est différents. Ils sont réductibles, pas d'ecchymose.*

— *Rétroversion utérine (Charles).*

— *Inversion utérine, thrombus pédiculé.*

— Enfin *une exostose, dans les cas d'hématomes fibreux avec adhérences au bassin.*

Traitement

La tumeur reconnue, quelle est la conduite à tenir ? Dans la majorité des cas, c'est *l'abstention* ; c'est du reste un enseignement que nous donne l'évolution habituelle de l'hématome dont la résorption est le phénomène naturel ; son processus suit les différents stades déjà indiqués. Le chirurgien se bornera à guetter l'apparition d'une complication en redoublant de soins antiseptiques : injections chaudes bi- ou tri-quotidiennes, données avec le maximum de douceur et le minimum de pression.

Mais en présence de cet épanchement, la conduite à tenir peut être variable aux différents temps de l'accouchement ou de la délivrance.

Signalons d'abord qu'il n'existe pas de traitement prophylactique spécial autre que les règles générales qui doivent être appliquées au cours de tout accouchement quel qu'il soit.

AVANT L'EXPULSION.

Lorsque la tumeur sanguine se développe dans le conduit vagino-vulvaire avant le passage de la tête, elle peut constituer un obstacle assez gênant pour

arrêter la progression de cette dernière ; si la tumeur doit gêner et être l'objet d'une dystocie des parties molles, il faut l'inciser ou la ponctionner et appliquer un tamponnement compressif avant et après l'expulsion.

PENDANT L'EXPULSION.

C'est un cas rare, mais qui nécessite un traitement d'urgence ; parfois cependant, la collection s'aplatit suffisamment pour ne pas gêner le passage de la tête.

Mais souvent c'est sa rupture qui attire bruyamment l'attention ; il faut agir vite : faire une expulsion rapide, par forceps ou version, une délivrance artificielle et un tamponnement serré de la cavité.

En même temps agir sur l'état général qui est rapidement touché : sérum, huile camphrée, toniques cardiaques.

AVANT LA DÉLIVRANCE.

Il est rare qu'il provoque une véritable « dystocie » du placenta (Varnier) ; on hâtera la délivrance, au besoin en s'aidant de tractions prudentes sur le cordon.

APRÈS LA DÉLIVRANCE.

Ici, l'indication de l'intervention opératoire n'est pas aussi impérative. D'ailleurs, une intervention trop précoce risquerait de déclencher une hémorragie, toujours très difficile à arrêter ; à moins de complication, expectative armée, en usant seulement d'injec-

tions vaginales chaudes antiseptiques. Inutile de chercher à faire de la compression, qui ne risque que de traumatiser la muqueuse.

Mais l'intervention peut être rendue nécessaire :

1° *S'il s'agit d'une rupture de la poche hématique* : on pare au plus pressé ; évacuation des caillots par expression, ou au besoin après élargissement de l'ouverture spontanée lorsqu'elle apparaît insuffisante. Pansement compressif, extérieur à la poche pour favoriser l'accolement des parois s'il n'y a pas d'hémorragie consécutive, intérieur et extérieur si cette évacuation déclenche une hémorragie secondaire. Le tamponnement est laissé 24 à 48 heures ;

2° *S'il s'agit d'un hématome n'évoluant pas vers la résolution*. La tumeur très tendue menace de se rompre ; mieux vaut intervenir : après avoir largement nettoyé les parois vaginales par de grands lavages antiseptiques on pratique une incision.

— A la partie la plus déclive et la plus postérieure, parallèle à l'axe de la vulve, dans les hématomes vulvaires.

— A la partie la plus distendue de l'hématome vaginal, sur une longueur de 3 à 4 cm. selon l'axe du vagin.

On évacue des caillots noirs au doigt, puis à la curette, en ayant soin de ne pas trop insister sur la paroi externe pour éviter une reprise de l'hémorragie : tamponnement de préférence en dehors de la

poche, à moins qu'une hémorragie secondaire n'oblige à faire en plus un pansement serré à l'intérieur de cette cavité.

L'emploi du procédé de Momburg, proposé par Bar, peut être utilisé en cas d'hémorragie grave, mais n'est pas sans danger chez une femme cardiaque ou aux artères friables.

3° *S'il s'agit d'un hématome suppuré* ou avec menace d'infection par sphacèle des parois, ouvrir largement, avec des contre-ouvertures au besoin. Pratiquer un nettoyage sérieux de la cavité, au moyen d'une irrigation antiseptique non toxique, et faire un tamponnement serré de l'intérieur de la poche avec une gaze iodoformée, au peroxyde de zinc, ou imbibée de sérum antigangréneux. Le tamponnement sera retiré au bout de 24 heures et suivi de drainage.

On peut, enfin, avoir à intervenir très tardivement dans les cas où la tumeur ne se résorbe pas : c'est assez rare, car alors elle gêne peu ; il peut s'agir d'une tumeur dure, qui adhère fortement à ses parois et dont la dissection peut être difficile.

On ne négligera dans aucun cas le traitement général post-opératoire, pour combattre l'anémie consécutive : sérum, éther, huile camphrée, tonicardiaques, boissons chaudes alcoolisées ou sérums spécifiques contre une septicémie possible.

Observations.

OBSERVATION I

(Année 1927).

La femme, âgée de 32 ans, est venue consulter le 29 octobre, à la clinique Tarnier, sur l'avis de son médecin, pour un hématome vaginal survenu 17 jours après son accouchement.

C'était sa première grossesse à terme, ayant eu déjà 3 avortements :

En 1920, de 5 mois $1/2$.

En 1921, de 4 mois $1/2$.

En 1924, de 2 mois $1/2$.

On n'a que peu de renseignements sur ses antécédents : on sait seulement qu'elle a fait une crise de salpingite après son 2^e avortement, qu'une réaction de Wassermann pratiquée au cours de cette dernière grossesse s'était montrée négative.

L'enfant est né par le siège, après expulsion rapide, sans complication, le 17 août 1927.

Ce n'est que 17 jours après cet accouchement, le 3 septembre, que l'hématome a été constaté. Aucune douleur n'a été signalée, la femme s'en étant aperçu au cours d'une toilette qui aurait été gênée par l'existence d'une

tumeur obstruant le vagin. Par la suite, aucune douleur, aucun phénomène inflammatoire, peu de gêne pour uriner ou aller à la selle.

Le médecin essaya de temporiser ; pourtant, un mois et demi après, la tumeur n'ayant aucune tendance à la régression, l'opération fut jugée nécessaire et pratiquée le 29 octobre 1927 par M. Vaudescal : incision donnant issue à un liquide sanglant, non odorant, avec quelques débris de fibrine. Un surjet au catgut et une mèche dans le vagin.

Anesthésie épidurale.

Suites normales.

Malgré les renseignements incomplets de cette observation, nous retiendrons :

1° L'absence de douleurs et sa découverte fortuite très tardive, plus de 15 jours après l'accouchement ;

2° Son évolution bénigne, mais sa résolution lente, avec formation d'une sorte de poche kystique à parois fibreuses, ayant nécessité une intervention près de deux mois après sa constatation ;

3° Son absence d'infection, soit pendant la longue période de résorption, soit dans les suites opératoires.

4° Son apparition à la suite d'un accouchement par le siège, bien qu'il soit loin d'être démontré que cette présentation puisse être considérée comme susceptible de constituer une cause prédisposante ; mais surtout après une période d'expulsion rapide, ce qui paraît avoir plus d'importance ;

5° La question de la primiparité pourrait être discutée,

cette femme ayant eu trois débuts antérieurs de grossesse interrompus par avortement.

OBSERVATION II.

(Année 1928).²

La femme, âgée de 20 ans, primipare, entre à la clinique Tarnier le 6 juin 1928, à 5 h. 30 ; elle est en travail depuis une heure de l'après midi et se présente avec une dilatation entre 2 et 5 francs n'ayant pas encore rompu ses membranes.

Suivie depuis le 21 mai, elle a été vue à ce moment par M. le professeur Brindeau, qui a constaté une grossesse normale, près du terme, avec excès de liquide, vagin cylindrique, et l'avait fait admettre à la clinique Tarnier.

On ne note chez elle aucun antécédent pathologique.

La dilatation progressait normalement, la présentation étant un sommet en G. A. avec une tête mal fléchiée.

Accouchement naturel à terme, à 9 h. 30, d'une fille vivante pesant 2960 gr. Liquide très teinté ; deux circulaires lâches.

Un quart d'heure après l'accouchement, avant la délivrance, apparition d'un volumineux hématome de la grande lèvre gauche, gros comme un poing.

La muqueuse très distendue se déchire à la partie postéro-inférieure de la tumeur : d'abord ouverture de la dimension d'une tête d'épingle d'où sort, en jet, du sang noirâtre ; puis l'orifice s'agrandit, atteint la dimension d'une pièce de 50 centimes ; le sang s'écoule en abondance et, malgré un tamponnement provisoire, l'héma-

tome continue à se remplir à nouveau, très vite, faisant penser à une hémorragie artérielle.

On se décide alors à l'ouvrir aux ciseaux ; on évacue une grande quantité de caillots après avoir mis une pince de Kocher sur une artériole sectionnée par l'incision.

On explore la cavité qui remonte sur la paroi postérieure jusqu'à 4 ou 5 cm. environ : l'hémorragie persiste, semblant provenir du fond de la cavité ; on fait un tamponnement serré de la poche et un second tamponnement vaginal qui arrêtent l'écoulement sanguin. Bandage en T.

Notons encore que, pendant l'anesthésie au chlorure d'éthyle, la malade a fait une syncope bleue, obligeant à pratiquer des tractions rythmées de la langue, oxygène, huile camphrée.

11 h 30 : la malade va mieux et ne perd presque plus.

12 heures : devant une nouvelle hémorragie, on enlève le premier tamponnement et l'on constate alors que le sang vient de la partie postérieure et inférieure de la cavité : on passe 2 points en U et on ligature.

L'hémorragie s'arrête net ; on tamponne et on place 2 petits points pour réunir les deux tranches de la plaie.

L'évolution ultérieure s'est montrée favorable : l'hématome n'a plus saigné, mais seulement un peu suinté. Pendant une dizaine de jours la température s'est maintenue aux alentours de 38°6, pour retomber finalement à 37° et la malade est partie guérie.

Cette observation est intéressante :

1° Parce que l'hématome est survenu après une période

d'expulsion, relativement courte chez une primipare puisqu'elle n'a pas excédé 15 minutes ;

2° Parce qu'il est apparu entre l'accouchement et la délivrance ;

3° Parce qu'il a été reconnu par l'existence d'une tumeur vulvaire ne s'accompagnant d'aucun phénomène douloureux ;

4° Par sa rupture spontanée et la persistance de l'hémorragie due, semble-t-il, à la rupture d'une artériole qu'une compression bien faite n'a pas suffi à arrêter. Seule l'hémostase par un point en U a réussi d'une façon définitive ;

5° Son évolution ultérieure bénigne par un traitement uniquement antiseptique ;

6° Enfin l'existence dans les antécédents d'un léger hydramnios.

OBSERVATION III

(Année 1934)

La femme, âgée de 30 ans, en état de gestation pour la première fois, est entrée à la clinique le 17 avril 1934 à 20 heures, quelques instants après le début de ses douleurs.

Elle était suivie à la consultation depuis un mois seulement et rien de particulier n'avait été signalé. La recherche de l'albumine s'était montrée négative. Bassin normal.

Elle est venue consulter le matin même de son accouchement où le diagnostic rectifié a été celui de siège. Admise à la salle de travail à 20 heures, on a confirmé le diagnostic de siège décomplété mode des fesses, en SIGA et en voie d'engagement.

L'accouchement a lieu le 18 à 9 h. 35 après une période de travail de 4 h. 35, très courte pour une primipare ; naissance d'une fille, un peu étonnée, pesant 2.930 gr.

Après une délivrance naturelle, on répare avec 3 crins une déchirure incomplète du périnée qui s'est produite au passage de la tête.

A 6 heures du matin, au moment du transport de la femme à la salle des suites de couches, on aperçoit sur la lèvre droite et s'étendant sur la fesse un hématome important, assez dur à la palpation. Au toucher aucune tumeur dans le vagin.

Evolution sans suppuration et la femme sort le 14^e jour, en bon état, sans avoir même présenté de température.

En somme, il s'agit d'un cas d'hématome de moyenne importance dans l'épaisseur même de la lèvre droite et s'étendant jusque sur la fesse, survenu probablement après la délivrance puisqu'il n'a pas été noté au moment de l'accouchement.

Nous retiendrons :

1^o Qu'il s'agit d'un hématome uniquement vulvaire sans propagation vaginale ;

2^o Ici encore son apparition après un accouchement par le siège sans qu'on ait, semble-t-il, à en tirer une déduction étiologique spéciale ;

3^o La courte durée de la période de travail pour une primipare : 4 h. 35 dont 1 h. 30 d'expulsion ;

4^o Son évolution bénigne, presque apyrétique, la température n'ayant jamais dépassé 37.8 qu'explique la résorption de l'hématome ;

5° Le rôle possible d'un effort au moment du transport de la malade ;

6° Ici encore il s'agit d'une primipare.

OBSERVATION IV

(Année 1934)

La malade, âgée de 42 ans, est entrée d'urgence à Tarnier le 24 novembre 1934 et admise à l'isolement pour un énorme hématome vaginal apparu la veille, après un accouchement gémellaire ayant nécessité pour l'extraction du 2^e fœtus une application de forceps.

C'était sa VII^e gestation, deux ayant été interrompues par des avortements de 1 mois 1/2 en 1921, de 2 mois en 1923, qui paraissent traumatiques, et pour lesquels aucune réaction de Wassermann n'a été pratiquée.

Après une grossesse sans incident, la femme a accouché chez elle, le 22 novembre à 20 h., d'un premier jumeau du sexe masculin pesant 2.030 gr.

Peu après, les douleurs ont repris, bien plus violentes encore : contractures utérines très fréquentes, très pénibles. Malgré ou à cause de cela la tête s'engageait mal, la présentation ne descendait pas, peut-être en raison d'une exceptionnelle brièveté du cordon, constatée ultérieurement par son médecin.

Finalement le Dr Glaizes, appelé, en a été réduit à pratiquer un forceps facile en O. P.

Extraction d'un 2^e garçon pesant 2.780 gr., le 23 novembre à 19 h., soit 23 h. après le premier jumeau.

Peu après délivrance naturelle complète.

L'état des deux enfants était satisfaisant.

L'absence de chorion dans les membranes de séparation des deux cavités fœtales prouve qu'il s'agit d'une grossesse univitelline.

Après l'accouchement, la femme se sentait un peu épuisée, mais sans rien d'alarmant puisqu'on n'a pas jugé utile de lui faire du sérum ou de l'huile camphrée.

Pas d'hémorragie de la délivrance.

Brusquement, une heure après l'accouchement, la malade a ressenti une violente douleur dans le vagin avec sensation de tension, de distension, de corps étranger occasionnant des douleurs à type expulsif et l'obligeant à pousser.

De fait, sous l'influence de l'augmentation de volume d'une part, et des phénomènes d'expulsion provoqués par cette tumeur d'autre part, en quelques heures est apparue une tumeur saillant hors du vagin, prenant à vue d'œil des proportions considérables.

Tumeur sous symphysaire et latérale gauche, allant du pubis à l'anus et se continuant vers la profondeur, dépassant la ligne médiane, de volume plus considérable qu'une tête de fœtus à terme : sa consistance est un peu irrégulière mais pâteuse dans son ensemble, de coloration noirâtre, violacée, extrêmement sensible au moindre contact ; sa surface est lisse, tendue, suintante, sans ecchymose apparente.

D'ailleurs, on jugera de ses proportions en se reportant à la photographie ci-jointe, due à l'obligeance de M. Lemeunier qui l'a prise avant l'intervention.

Cette tumeur, dont on ne peut apprécier les limites internes, le doigt ne pouvant pénétrer dans le vagin, paraît être d'un volume encore plus considérable qu'il ne l'est apparemment, comprimant tous les organes pelviens, en particulier le rectum en arrière, la vessie en avant, occasionnant jusqu'au moment de l'intervention, qui aura lieu le 4^e jour après son apparition, une constipation absolue, une rétention d'urine que la malade déclare également absolue.

C'est dans cet état que la femme a été vue pour la première fois à la clinique Tarnier le 24 novembre à 16 h., soit 20 h. après l'apparition des phénomènes douloureux.

Toute exploration gynécologique était rendue impossible par le volume et la tension de la tumeur fortement comprimée contre la symphyse pubienne, paraissant adhérer à la paroi gauche du vagin sans que l'on puisse juger, en aucune façon, de ses limites ou de ses dimensions.

Le toucher rectal, difficile, bute sur la tumeur sans donner des renseignements plus intéressants

Diverses tentatives de sondage vésical se sont montrées infructueuses, le méat étant perdu dans cette masse noirâtre, la manœuvre, de plus, très douloureuse.

La malade ne présentait à ce moment :

Aucune température ;

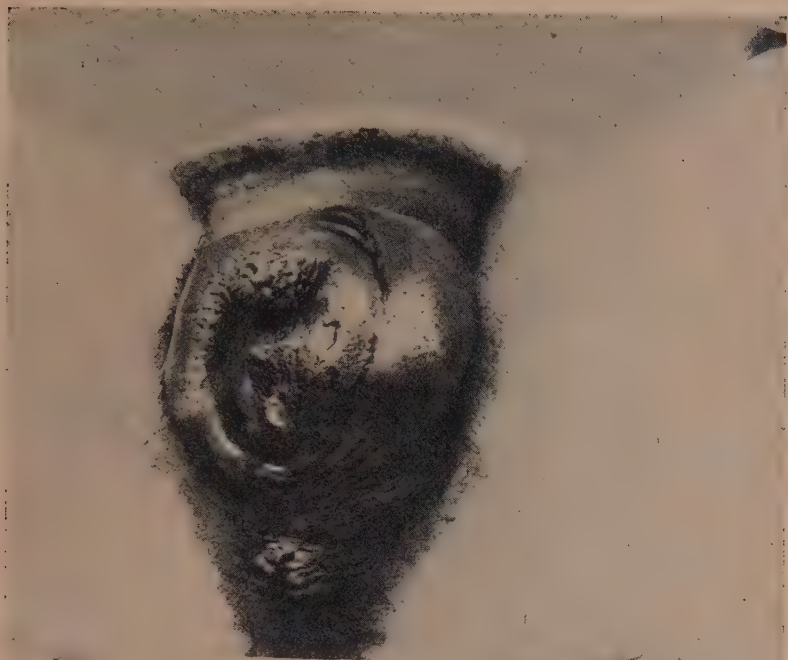
Un pouls bien frappé, quoique légèrement accéléré ;

Un état général un peu touché du fait :

— De ce double accouchement laborieux ;

— De la douleur occasionnée par la tumeur ;

— De ces trois nuits d'insomnie.



Un traitement local est d'abord institué :

- Compressez chaudes renouvelées tous les 1/4 d'heure, les irrigations vaginales à la canule étant impossibles ;
- Sérum de Ringer : 500 cmc ;
- Huile camphrée, urotropine.

Le 25 novembre, la malade souffre toujours autant ; même sensation de cuisson et de douleurs à type expulsif. Pourtant la tumeur a un peu regressé, sous l'influence des compresses chaudes répétées.

On les continuera toute la journée, un peu moins fréquemment, toutes les heures environ, et on les suspendra la nuit où la femme trouve pour la première fois depuis 4 jours un peu d'accalmie.

La température est apparue, légère, à 37,8 le matin, 38 le soir. Le pouls s'est accéléré à 110, puis 120 à la minute.

La malade reste assez shockée, d'autant plus qu'elle n'a pas uriné, et n'a pas eu de selles.

On continue également : sérum de Ringer 500 cmc. ; huile camphrée.

Le 26 novembre, l'état est à peu près stationnaire ; la température s'élève à 38,4 le matin, un peu moins le soir : 37,8, Le pouls parallèlement est à 100 et 95.

Mais la tumeur a à peine diminué et commence à sentir très mauvais. La même thérapeutique est continuée : Ringer, compresses, huile camphrée.

Le 27 novembre, devant :

- l'arrêt d'amélioration de l'hématome,

- l'altération de l'état général,
- l'arrêt des matières et des urines,
- l'aspect sphacélique que commence à prendre la lésion.

M. le Professeur Brindeau se décide à intervenir en incisant.

Anesthésie au chloroforme.

L'hématome fait une saillie volumineuse dans le vagin ; la fente vulvaire est refoulée vers la droite, la muqueuse vaginale est sur le point de se sphaceler. C'est à ce moment qu'a été prise par M. Lemeunier la photographie reproduite plus haut.

On fait une incision verticale au ras de l'insertion vaginale : il s'écoule une certaine quantité de caillots noirs sentant très mauvais. On en retire avec le doigt une quantité correspondant à peu près au volume d'une tête d'enfant.

Par un toucher profond, les doigts étant mis dans la poche, on se rend compte que l'hématome n'a pas gagné le ligament large.

Après évacuation et nettoyage, on introduit dans la poche une mèche trempée dans du sérum antigangreneux.

Aussitôt après l'intervention la malade urine en abondance, a une selle après lavement. Elle est restée très shockée ; on a été obligé de lui faire du sérum, de l'huile camphrée, etc.

La température est restée stationnaire (38-38,2), son pouls à 100.

Du 27 novembre au 7 décembre, la malade est restée

assez fatiguée ; elle a même fait, le surlendemain de l'opération, une syncope ayant duré 4 heures. La température s'est mise à osciller entre 39 le matin, 37 le soir et le pouls d'une façon analogue, entre 120 et 90.

Les douleurs ont par contre aussitôt cessé après l'intervention ; mais la plaie continuait à suinter : du sang rouge, laqué, mêlé de sérosité sentant très mauvais et contenant d'ailleurs du pus.

La malade se sentait malgré tout très soulagée, dormait mieux, bien que son sommeil ne fût jamais très calme.

On continue les piqûres d'huile camphrée : 10 cmc. matin et soir ; on lui donne de l'urotropine, une potion au chlorure de calcium et des injections bi-quotidiennes d'eau oxygénée iodée.

Du 7 au 10 décembre, une amélioration soudaine se produit : la température retombe à 37 et s'y cantonne, bien que le pouls reste au voisinage de 110

L'amélioration locale se poursuit, les pertes et suintements deviennent insignifiants, la fétidité disparaît : on espace les injections d'eau oxygénée iodée et on applique sur la plaie un peu de bouillie lactique.

L'état général s'est également un peu relevé et la malade s'alimente, quoique modérément, sans appétit.

Brusquement, le 10 décembre, la température remonte à 40° sans qu'aucune explication puisse en être donnée : un examen général ne montre rien d'anormal ; pendant 15 jours, elle va osciller entre 40° le soir, voire 40°⁵, et 38° le matin, plutôt plus que moins. Le pouls est très accéléré à 120, 130, 135 même.

Pourtant la malade supporte assez bien ces fortes tem-

pératures, ne se sent guère plus fatiguée, et son état local continue à s'améliorer.

On recherche au poumon, au rein, dans le bassin, la cause possible sans la trouver ; on pratique un examen d'urine le 27 : Ni pus, ni coli, ni sucre, ni albumine.

Une hémoculture se montre négative.

On continue : huile camphrée, chlorure de calcium ; on donne de l'extrait hépatique en spécialité.

Du 23 décembre 1934 au 5 janvier 1935, la température est un peu descendue, mais reste très irrégulière, perdant sa prédominance vespérale, et n'atteignant 39 ou 40° qu'à de très rares occasions. Elle semble surtout déterminée par la fatigue (jours de visite).

La femme accuse une profonde lassitude, mais pourtant, d'une façon générale se sent mieux et demande à rentrer chez elle.

Elle a peu d'appétit et reste très constipée, obligeant à des lavements quotidiens. Ses urines sont normales en abondance, en couleur, chimiquement et bactériologiquement. Sa langue est propre.

Un examen général ne montre rien de particulier, en dehors d'un peu de bronchite chronique qui ne peut expliquer sa température.

Foie, rate : normaux.

La cicatrisation de la plaie se poursuit lentement, les injections sont supprimées depuis le 20 décembre ; pas de pertes.

L'allaitement maternel a également été supprimé dès le lendemain de l'intervention. Les enfants l'ont, du reste, bien supporté et pèsent actuellement 3.400 gr. et 2.300 gr.

La femme sort sur sa demande le 5 janvier, malgré les avis qui lui sont donnés.

L'évolution ultérieure s'est montrée favorable, après cependant une longue période fébrile, mais un état local satisfaisant.

Cette observation est très intéressante :

1° Avant tout, parce qu'il est rare de rencontrer des hématomes d'un volume aussi considérable, assez importants pour bloquer la vessie en avant le rectum en arrière, occasionnant de la rétention des urines et des matières et empêchant toute exploration gynécologique ;

2° Par la réunion dans cette observation d'un certain nombre d'éléments qui sont habituellement considérés comme des facteurs prédisposants : la gémellité, la lenteur du travail, l'application de forceps, sans qu'aucun puisse être accusé d'une valeur vraiment déterminante ;

3° L'âge avancé de la femme (42 ans) qui en est à sa 5^e grossesse ;

4° La brusquerie de son apparition annoncée par des douleurs, et la rapidité de sa formation favorisée par les efforts expulsifs que l'hématome provoquait et qui augmentaient en même temps que lui.

Il semble que ces efforts expulsifs provoqués par ce corps étranger du vagin aient contribué à favoriser le décollement, l'hémorragie et par là l'augmentation du volume de l'épanchement, cette augmentation de volume entraînant à son tour un redoublement des efforts, jusqu'à ce que la limite du décollement soit atteinte.

Cette interprétation pourrait, dans une certaine me-

sure, expliquer le volume exceptionnel de l'hématome ;

5° L'absence de tendance vers la résorption, ce qui est normal dans ce cas, et son évolution, au contraire, vers l'infection, obligeant à intervenir pour prévenir une suppuration ou une rupture ;

6° L'absence d'extension au ligament large ;

7° L'absence d'hémorragie post-opératoire ;

8° Enfin, son évolution, fébrile à deux reprises avec généralisation, mais finalement favorable vers la cicatrisation sans longue suppuration.

OBSERVATION V

(Année 1935).

La femme, primipare de 20 ans, a accouché à la Clinique Tarnier le 14 février 1935, après une période de travail relativement courte de 5 h. 40 ; durée de l'expulsion : 2 h. 40. Accouchement normal en O. I. D. P. d'un garçon pesant 3 200 gr. et ne présentant rien de particulier.

Pas de lésion vulvo-périnéale.

Délivrance naturelle une demi-heure après ; les membranes sont déchirées, paraissant complètes ; le placenta est en partie découronné et pèse 580 gr.

Elle n'était venue consulter qu'une seule fois au début du mois, pour quelques douleurs imputables à une légère réaction annexielle pour laquelle il fut prescrit de la glace et un lavement laudanisé. La tête était encore mobile, le col entr'ouvert.

On note dans ses antécédents :

Une appendicectomie en 1929 ;

Une crise de salpingite en 1932 ;

Un avortement provoqué en 1933, au terme de 2 mois 1/2 et suivi de curetage.

Signalons encore un souffle systolique de la pointe d'origine congénitale.

Les suites de couches étaient normales lorsque le 20 février, à 3 h. de l'après-midi, soit 6 jours après l'accouchement, sans aucune douleur, la malade s'est aperçue qu'elle saignait. puis qu'elle expulsait un caillot.

L'hémorragie persistant, encore assez abondante, de sang rouge, toujours sans aucune réaction douloureuse, la femme est examinée à 17 h. 30 par M. le professeur Brindeau qui constate :

Un utérus petit avec col fermé.

Sur la paroi latérale gauche du vagin, dans le tissu cellulaire pararectal, une tuméfaction du volume d'un demi-citron, arrondie, régulière, non douloureuse, qui est certainement un hématome. Après un examen fait à quelques minutes d'intervalle, il semble bien que l'écoulement sanguin provienne d'une évacuation partielle de cette poche, car elle est moins tendue.

Par le toucher rectal on retrouve la même tumeur. On prescrit une vessie de glace et une piqure d'ergotine qui arrêtent presque aussitôt l'hémorragie.

L'examen ultérieur ne montre rien d'anormal ; l'hématome reste fluctuant et de volume sensiblement égal. Pas de température.

Le 28 février, la malade est autorisée à rentrer chez

elle, sous réserve de venir à la consultation 8 jours plus tard.

Le 6 mars, la masse reste très fluctuante, de la grosseur d'une orange, paraissant sous tension ; la muqueuse est plus pâle à son niveau.

Devant la non résorption et la menace de rupture, on décide d'intervenir : incision le 7 mars ; il sort une certaine quantité de sang marron, gluant, ressemblant à une collection d'hématocèle, et on ramène au doigt une certaine quantité de caillots anciens. Pas de drainage.

Suites de couches normales, apyrétiques.

Cette observation nous montre :

1^o Lorsque l'hématome est un peu volumineux, que la tendance à la résorption est minime et l'intervention devient nécessaire pour éviter le risque plus grave de rupture ou de suppuration ;

2^o Que l'incision à cette période, qui éloigne le danger de reprise hémorragique, et un traitement antiseptique simple suffisent pour assurer une guérison rapide sans complications ;

3^o Sa survenue après une courte période de travail pour une primipare (5 h. 40), mais une longue période d'expulsion de 2 h. 40 ;

4^o Son siège à gauche ;

5^o Sa découverte 6 jours après l'accouchement, d'une façon tout à fait fortuite en raison de l'absence de douleur. Il est probable que cette tumeur s'est produite au moment de l'accouchement, comme la majorité des hématomes des suites de couches.



Nous publierons deux autres observations inédites, recueillies dans leur clientèle privée par le D^r Tardif, de Longué, et le D^r Richoux, chirurgien de l'Hôpital de Saumur. Nous les remercions bien vivement de nous avoir autorisé à les citer.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance du D^r Tardif, de Longué).

Cette observation qui remonte à quelques années est intéressante du fait du volume de la tumeur et de son évolution apyrétique.

La femme B. N..., âgée de 30 ans, 2^e grossesse, a été vue en 1923 par le D^r Tardif, appelé par la sage-femme pour un accouchement qui traînait en longueur ; l'enfant est cependant né naturellement, sans intervention de forceps. Suites de couches normales.

Mais le 4^e jour, la femme est reprise de violentes douleurs dans le vagin, en même temps qu'apparaissait une tumeur du volume d'une grosse orange, rouge, tendue, nettement fluctuante, localisée à la grande lèvre gauche mais se prolongeant haut dans le vagin. Elle s'était constituée assez rapidement, en quelques heures ; aucun autre traitement ne fut institué que des lavages externes chauds et compresses chaudes, déjà placées par la sage-femme.

Deux jours après, le D^r Tardif est rappelé : il constate que l'hématome a pris des proportions bien plus consi-

dérables et que son volume a doublé. La douleur, à la pression surtout, est devenue plus intense encore. Impossible de pénétrer dans le vagin.

L'expectation est continuée étant donné l'absence de toute température et de toute hémorragie extérieure.

Au bout de 48 heures cependant, devant une menace de rupture par début de sphacèle en un point inférieur de la paroi, une courte incision, de 3 ou 4 cm., est pratiquée : écoulement abondant de sang noirâtre, puis de caillots. Pas d'hémorragies consécutives.

L'hématome s'est vidé de lui-même et par pressions, légères parce que très douloureuses ; une simple mèche de gaze stérile est introduite dans cette poche par l'orifice d'incision ; elle est retirée dès le lendemain.

Suites opératoires normales sans aucune poussée fébrile, et sans aucun traitement antiseptique ou autre.

On retiendra :

- 1° Le volume de l'hématome gros comme deux poings ;
- 2° Sa poussée en 2 temps à 48 heures d'intervalle : seule une reprise hémorragique permet d'expliquer la nouvelle augmentation de volume coïncidant avec la reprise et l'exagération des douleurs ;
- 3° L'absence d'hémorragie au moment de l'intervention ;
- 4° Son évolution apyrétique sans aucune infection ;
- 5° Son siège également à gauche.

(Ajoutons que le Dr Tardif a rencontré 4 autres cas, moins importants, en 30 ans de carrière médicale.)

OBSERVATION VII

(Recueillié dans la clientèle privée
du D^r Richoux, de Saumur).

Mme F. H..., 19 ans, primipare, accouche normalement le 23 février 1935 d'un garçon pesant 3.250 gr. Sa grossesse, suivie, avait été normale. Jamais d'albumine. Mais insistons sur le fait que la période de travail n'a pas excédé 2 h. 1/2, ce qui est exceptionnellement court pour une primipare. :

Les suites des couches étaient normales, lorsque le 4^e jour, la malade a une petite hémorragie vaginale. Le médecin consulté constate l'existence d'une tumeur dans le vagin, de la grosseur d'une mandarine, mais allongée dans le sens vertical et siégeant sur la paroi gauche du vagin.

Elle n'occasionne ni douleur spontanée, ni douleur provoquée : sa consistance est molle, nettement liquide et fluctuante. Les jours suivants, elle ne paraît pas avoir augmenté de volume, sa consistance n'a pas varié ; une ecchymose apparaît peu à peu sur la lèvre gauche, descendant assez bas sur la fesse du même côté.

Son état paraissait invariable lorsque brusquement, le 13^e jour, cet hématome s'est rompu. Le D^r Richoux, appelé, a incisé cette masse sur 5 cm. dans l'axe du vagin, le plus près de sa paroi postérieure.

Evacuation abondante de sang liquide noirâtre. La poche vidée, l'hémorragie s'arrête. On met un drain et un tamponnement vaginal, retirés au bout de 48 heures.

L'ecchymose était à ce moment presque entièrement effacée. Température à 37,8.

Evolution légèrement fébrile, autour de 38 ; de la plaie sort un peu de sérosité trouble, contenant du pus. Malgré un traitement antiseptique, la guérison n'est pas entièrement obtenue, au bout de 15 jours de soins.

Dans cette observation nous signalerons :

1^o Son apparition tardive 4 jours après l'accouchement, ou plutôt sa découverte à ce moment ;

2^o La très courte durée de la période de travail : 2 h. 1/2 ;

3^o Sa rupture hémorragique sans reprise après l'intervention ;

4^o Son apparition chez une primipare jeune ;

5^o L'absence totale de douleurs, malgré son volume ;

6^o Son évolution fébrile, suppurative ;

7^o Enfin, son siège à gauche.

Conclusion

1° L'hématome vulvo-vaginal d'origine obstétricale est un accident rare et habituellement bénin de l'accouchement ; la gravité relative de son pronostic au siècle dernier n'est plus justifiée depuis que l'on connaît l'asepsie et l'antisepsie.

2° Son apparition reste tout à fait imprévisible et la multiplicité des causes prédisposantes invoquées témoigne de leur fragilité ; cette diversité se reflète également dans nos observations. Il semble que l'on puisse accorder un certain crédit à la primiparité, aux traumatismes obstétricaux divers et en particulier aux perturbations du travail, qui peut être soit lent et laborieux, soit au contraire très rapide blessant les parois vaginales au cours d'une période d'expulsion relativement courte. L'un et l'autre cas diminuent la résistance des parties molles.

Nous n'avons jamais rencontré dans nos observations de cas où l'excès de volume du fœtus, l'ossification exagérée de sa tête, puissent être invoqués.

3° Si sa formation est, de plus, incontestablement liée à la congestion intense du tissu pelvien pendant

la grossesse, aucun document anatomique certain ne vient apporter d'éclaircissement sur l'anatomie pathologique de cet accident.

Du reste, son évolution habituellement bénigne justifie cette absence de documents autopsiques et l'on en reste à formuler des opinions théoriques sur leur pathogénie.

4^o Les aspects cliniques n'offrent pas une très grande variété, si ce n'est ceux liés à leur volume ou à leur siège : nous l'avons, 6 fois sur 7, rencontré à gauche ; d'autres, comme Champeau, presque toujours à droite ; il est probable qu'il s'agit d'une série de coïncidences, rien d'ailleurs ne permet d'accorder une préférence quelconque à tel ou tel côté.

5^o Lorsqu'ils dépassent un certain volume la résorption devient trop lente et la guérison n'est pas possible sans évacuation, spontanée ou autre. Mieux vaut donc intervenir pour écarter le risque d'un accident brutal comme la rupture, ou plus tardif, mais très sérieux comme l'infection ou la gangrène.

6^o Son diagnostic est pratiquement évident et son traitement profondément modifié et amélioré depuis l'asepsie : elle a permis de faire tomber la mortalité de 35 % en 1821 (Deneux) à 4 ou 5 % actuellement.

Ce traitement est subordonné aux variétés et aux complications d'ordre général. L'indication de recou-

rir à l'incision immédiate dans les cas d'urgence et de nécessité absolue n'est pas suffisante pour ériger cette pratique en méthode en raison des dangers d'une hémorragie secondaire. On ne devra inciser cet hématome que s'il apporte de sérieuses entraves à l'accomplissement du travail, ou devant la menace d'une rupture ou le risque de l'infection.

En somme, si cet accident est actuellement bien connu du point de vue clinique et thérapeutique, il reste sur le terrain étiologique et pathogénique en grande partie dans le domaine des hypothèses.

Vu : le Doyen,

ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse,

BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Audebert et Garipuy.* — Thrombus puerpéral (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Toulouse, séance du 8 nov. 1911).
- Audibert.* — Epanchement sanguin du vagin. Thèse de Paris, 1812.
- Bailly.* — Thrombus de la lèvre gauche de la vulve et de la paroi correspondante du vagin (Archives de Tocologie des maladies des femmes et enfants nouveau-nés. Paris, sept. 1874).
- Balard.* — Thrombus vulvo-vaginal faisant obstacle à l'accouchement (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris. Séance du 12 déc. 1922).
- Bar (P.), Brindeau, Chambrelent.* — In La Pratique des Accouchements. Paris, 1914.
- Bar (P.).* — Emploi du procédé de Momburg pendant l'incision d'un thrombus du vagin (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris. Séance du 21 avr. 1910).
- Barbaro.* — Un cas de thrombus pédiculé du vagin (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris. Séance du 8 déc. 1924).
- Barnes (R.).* — Leçons sur les opérations obstétricales et le traitement des hémorragies. Trad. par le Dr Cordes ; Paris, 1875.
- Baudelocque.* — In L'Art des Accouchements. Paris, 8^e Ed., 1844.

Bender. — Thrombus et hémorragie très graves au cours d'une bartholinite (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, séance du 22 avr. 1912).

Blot. — Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement. Thèse du concours d'Agrégation. Paris, 1853.

Boivin (Mme) et Dubois. — Traité pratique des maladies de l'utérus. Paris, 1853, t. II.

Bonnaire. — Obstétrique, 1908.

Bories (Elie.). — Thrombus génitaux puerpéraux. Thèse Paris, 1904.

Boully (G.). — Manuel de Pathologie externe, 3^e éd. Paris, 1892 (t. IV).

Brindeau et Lemeland. — Pratique de l'Art des Accouchements. Paris, 1927, 4^e éd., t. III.

Budin. — Femmes en couches et nouveau-nés. Paris, 1887 (Le Progrès médical, 1887, 2^e série, t. V. Archives de Tocologie, Paris, 30 juin 1887).

Bue. — Du thrombus vulvo-vaginal (Nord, Méd. Lille, 1901).

Bureau. — Guide pratique de l'accouchement. Paris, 1892.

Cadilhac. — Thrombus vaginal. Thèse Montpellier, 1894.

Caubet (Mlle). — Thrombus vaginal après l'accouchement (Revue d'Obstétrique Internationale, 1898).

Cauwenberghe. — Thrombus et hématomes vulvo-vaginaux (Bulletin de la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique, t. XXIII).

Cazeaux. — Traité théorique et pratique de l'Art des accouchements. Paris, 1858.

Chailly-Honoré. — Traité pratique de l'Art des Accouchements. Paris, 1853.

Chaintre. — Lyon Médical, 1910.

Champeau. — Contribution à l'étude des thrombus périvulvaires et périvaginaux. Thèse Paris, 1914.

Charbonnel et Favreau. — Thrombus puerpéral du vagin tardivement infecté (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, séance du 28 déc. 1920).

Charles. — Journal d'Accouchement de Liège, 1897.

Churchill (Fleetwood). — Traité pratique des maladies des femmes et des enfants (Traduit par les D^{rs} Wieland et Dubrisay. Paris, 1866).

Cleiss. — Pratique médico-chirurgicale, 3^e éd., t. VIII.

Cotret (René de). — Hématomes ou thrombus vulvo-vaginaux (Journal de Médecine et de Chirurgie de Montréal, 14 déc. 1907, in Semaine Gyn., Paris, 1908).

Couvelaire et Lacomme. — Evolution clinique et description anatomique d'un hématome rétro-vaginal apparu au cours d'un accouchement gémellaire (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 6 mars 1933).

Cros. — Le thrombus vaginal. Thèse Toulouse, 1910.

Darcame-Mouroux. — Un cas de thrombus pédiculé du vagin (Société d'Obstétrique et de Gynécologie, avril 1909).

Delépine. — Journal des Sciences médicales de Lille, 1901 (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lille, 30 nov. 1922).

Demelin. — Obstétrique d'urgence. Paris, 1900.

Demelin-Devraignes. — Manuel de l'Accoucheur, 1924.

Deneux. — Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin. Paris, 1830.

Deremps (de Téhéran). — Thrombus vulvo-vaginal (Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 4 avr. 1927).

Devoir. — Contribution à l'étude des thrombus puerpéraux. Thèse Paris, 1896.

Doléris. — In Dictionnaire Jaccoud, t. XXXV.

Dubrisay et Jeannin. — Précis d'accouchement, 1905.

Dugès (Ant.). — Manuel d'Obstétrique. Paris, 1840.

Estienny. — Volumineux thrombus puerpéral traité par la résection (Société d'Obstétrique et Gynécologie de Toulouse, séance du 23 juin 1933).

Fabre. — Revue médico-chirurgicale de Paris, 1850.

Fabre et Rhenter. — Deux cas de thrombus vaginal (Société d'Obstétrique et Gynécologie de Lyon, séance du 7 déc. 1920).

Galanakis. — Contribution à l'étude des hématomes périnéaux et périvaginaux. Thèse Paris, 1920.

Gaulard et Bué. — Accouchements et maladies des femmes en couches. Paris, 1901.

Gay. — Un cas de thrombus vaginal (Société d'Obstétrique et Gynécologie de Toulouse, 23 janv. 1929).

Gilles. — Une observation de thrombus vaginal (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Toulouse, avr. 1911).

Girard. — Thrombus de la vulve et du vagin. Thèse Paris, 1894.

Gonnet et Jeannin. — Thrombus abdomino-pelvien (Société d'Obstétrique et Gynécologie de Lyon, 5 mars 1927).

Hervieux. — Traité clinique et pratique des maladies puerpérales ; suites des couches. Paris, 1870.

Jacquemier. — Manuel des accouchements. Paris, 1845.

Labadie, Lagrave et Leguen. — Traité médico-chirurgical de Gynécologie, t. I.

Laborie. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1860, t. XXVI.

Labry et Chavent. — Thrombus vulvo-vaginal au cours de la grossesse (Société d'Obstétrique et Gynécologie de Lyon, séance du 4 mars 1929).

Lachapelle (Mme). — Traité d'accouchement, 1825.

Laffont, Douay, Ménégaux. — Encyclopédie médico-chirurgicale, t. VI, fasc. 1.

Legouais. — Dictionnaire des Sciences médicales. Paris, 1821, t. LV.

- Lenief.* — Des thrombus superficiels et pédiculés du vagin. Thèse Paris, 1910.
- Lepage.* — Un cas de thrombus périnéal après accouchements spontanés (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 6 avr. 1923).
- Lévy et François.* — Thrombus pédiculé du vagin (Réunion d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy, séance du 16 nov. 1927).
- Loviot.* — Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, séance du 13 mars 1890.
- Un cas de thrombus du vagin chez une hémophile (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, séance du 9 oct. 1890).
- Loviot et Ruthelot.* — Marseille médical, 1923.
- Madon.* — Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1924.
- Malapert et Barsnby.* — Thrombus vulvo-vaginal (Poitou médical, mars 1913).
- Max.* — Thrombus génital puerpéral. Thèse Paris, 1910.
- Maygruer.* — Des thrombus de la vulve et du vagin (Journal des praticiens. Paris, 11 juin 1904).
- Metzger et Vaudescal.* — Thrombus pelvi-abdominal avec infiltration sanguine de la trompe et de l'ovaire. (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 10 juillet 1922).
- Montgomery.* — Revue médico-chirurgicale de Paris, 1852.
- Moussaud.* — Des varices de la vulve et hémorragies consécutives à leur rupture. Thèse Paris, 1889.
- Oui.* — Thrombus vulvo-périnéal (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lille, 20 juin 1922).
- Paquy.* — Manuel de Pratique obstétricale, 1910.
- Perret.* — Des tumeurs sanguines intra-pelviennes. Thèse Paris, 1864.

- Phelipon*. — Hématomes de la vulve et du vagin. Thèse Paris, 1900.
- Pinard*. — Le thrombus puerpéral (Bulletin Médical de Paris, 1900).
- Populus*. — Thrombus vaginal. Thèse Paris, 1857.
- Potocki*. — Thrombus vulvo-vaginal survenu après injection intra-veineuse de collargol (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, février 1910).
- Potocki et Sauvage*. — Thrombus pédiculé du vagin (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 14 avr. 1913).
- Pottet, Lévy et Champeau*. — Communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 11 déc. 1911.
- Rhenter*. — Un cas de thrombus vaginal (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon, 7 mai 1925).
- Rhenter, Pigeaud, Guillermin (Mlle)*. — Thrombus vaginal pendant l'expulsion (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon, séance du 7 nov. 1927).
- Rhenter et Pizzera*. — Deux cas d'hématome vaginal (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon, 16 déc. 1929).
- Rhenter et Romand-Monnier*. — Un cas de thrombus vaginal (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon, séance du 5 mars 1928).
- Ribemont, Dessaigne et Lepage*. — Précis d'Obstétrique. Paris, 1898.
- Rouvier*. — Deux cas de thrombus vulvo-vaginal (Société d'Obstétrique et de Gynécologie d'Alger, 12 avr. 1913).
- Rudaux, Grosse, Le Lorier*. — Clinique et thérapeutique obstétricale du praticien, 1913.
- Sasonoff*. — Annales de Gynécologie, 1884, p. 447.
- Schachmann*. — Le thrombus du vagin chez les femmes enceintes. Thèse Paris, 1898.
- Schwaab*. — Obstétrique du praticien, 1931.
- Schwaab et Maygrier*. — Précis d'Obstétrique, 3^e éd.

Stepanoff (Mme). — Contribution à l'étude du thrombus de la vulve et du vagin. Thèse Paris, 1902.

Tarnier et Budin. — Traité de l'Art des accouchements. Paris, 1898, t. III.

Thibaudier. — Contribution à l'étude du thrombus de la vulve et du vagin. Thèse de Lyon, 1921.

Trillat et Dubois. — Production et rupture d'un thrombus au cours d'une application de forceps (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1^{er} fév. 1932).

Vallois, Roume, Montaigne. — A propos d'un cas de thrombus vaginal (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 2 avr. 1934).

Velpeau. — Traité complet de l'Art des accouchements. Paris, 1835.

— Dictionnaire de Médecine. Paris, 1846.

Vermelin. — Thrombus vaginal (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy, 18 janv. 1928).

Vincent. — Traitement des thrombus vaginaux (Lyon médical, 1890).

Vitrac. — Thrombus du vagin (Gazette des hôpitaux de Toulouse. 1910).

— Semaine Gynécologique, 1910.

Voron et Rhenter. — Un cas de thrombus vulvaire (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon, 5 déc. 1921).

Vouters. — Un cas de thrombus vulvaire pendant la grossesse (Société d'Obstétrique, réunion de Lille, 28 déc. 1910).

